

PDF hosted at the Radboud Repository of the Radboud University Nijmegen

The following full text is a publisher's version.

For additional information about this publication click this link.

<http://hdl.handle.net/2066/25461>

Please be advised that this information was generated on 2021-09-17 and may be subject to change.

Clusterhoofdpijn: miskend, want onbekend

Ridderikhoff en Koudstaal (1997;313-5) geven een duidelijke beschrijving van de diverse behandelingsmethoden voor clusterhoofdpijn. Deze methoden kunnen door de huisarts gebruikt worden voor het couperen van de pijnaanvallen en de profylactische behandeling van clusterhoofdpijn. Vaak laat clusterhoofdpijn zich met de genoemde methoden goed behandelen.

Wij willen erop wijzen dat in gevallen waarin deze therapie geen effect heeft, de mogelijkheid bestaat een blokkade van het ganglion pterygopalatinum uit te voeren. Dit ganglion is gelegen in de fossa pterygopalatina (achter de middelste nasale concha) onder de nervus maxillaris.

Om te beoordelen of een dergelijke blokkade zinvol is, wordt de patiënt verzocht zijn neus te druppelen met het lokaal anaestheticum bupivacaïne 5 mg/ml 4 druppels 4 dd in het neusgat aan de aangedane zijde. Indien de pijnklachten hierdoor tijdelijk afnemen, komt de patiënt in aanmerking voor een thermische behandeling van het ganglion pterygopalatinum. Hierbij wordt een naaldelektrode onder röntgendoorlichting ingebracht van lateraal onder het zygoma en doorgevoerd tot in de fossa pterygopalatina. Ter plaatse wordt thermisch een laesie gemaakt. Dit is een weinig belastende poliklinische ingreep, die onder sedatie plaatsvindt, met vaak een zeer goed effect op de pijnklachten van patiënt. Inmiddels bestaat er met deze behandeling een ruime ervaring.^{1 2}

LITERATUUR

- 1 Racz GB, Morton AB, Diede JH. Sphenopalatine ganglion block. In: Waldman SD, Winnie AP, editors. *Interventional pain management*. Philadelphia: Saunders, 1996:223-5.
- 2 Boersma FP, Kleef M van, Rohof OJJM, Stolker RJ, Touw PPJ, Zuurmond WWA, redacteuren. *Richtlijnen anesthesiologische pijnbestrijding*. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie, 1996:111-26.

D.G.SNIJDELAAR
B.J.P.CRUL

Nijmegen, februari 1997

Farmacotherapeutisch Kompas 1997

Van der Beek et al. (1997;422-5) spreken met een zekere tevredenheid over de laatste uitgave van het *Kompas*, door de Ziekenfondsraad aan onder anderen alle huisartsen in Nederland toegezonden. Het *Kompas* wordt in de huisartsenpraktijk in ruime mate gebruikt. Mogelijk is dit al jaren het meest gebruikte naslagwerk in de praktijk. In hoeverre dit ook geldt voor de specialistenpraktijk durf ik niet te zeggen.

Al vele jaren worden wij als huisartsen aangespoord om efficiënt en rationeel geneesmiddelen voor te schrijven. De Nederlandse huisarts behoort tot de minst voorschrijvende artsen in de EG. De Nederlandse huisartsenpraktijk is volgens de laatste cijfers voor ongeveer 96% geautomatiseerd. Het voorschrijven van medicijnen is bij de invoering van automatisering één van de eerste items die aangepakt worden. In mijn automatiseringssysteem zijn niet alleen de standaarden van het Nederlands Huisartsen Genootschap, maar ook het Gronings Formularium op gemakkelijke wijze toegankelijk.

Als voorzitter van de gebruikersvereniging OrgHIS (1000 huisartsenpraktijken die het automatiseringspakket MicroHIS gebruiken), ben ik al jaren betrokken bij de automatisering van de Nederlandse huisartsenpraktijk. Ter gelegenheid van ons 20 lustrum (1995) hebben wij eind 1994 en in 1995 uitgebreide gesprekken gevoerd met de samenstellers van het *Kompas* om een gedeelte daarvan onder onze verantwoordelijkheid op CD-ROM uit te brengen. Ons werd gemeld dat het *Kompas* door

de Ziekenfondsraad zelf op zeer korte termijn op CD-ROM verspreid zou worden.

Wij leven nu in 1997. Nog steeds is het *Kompas* niet op CD-ROM beschikbaar. Er is behoefte aan dit veelgebruikte bestand op CD-ROM. De Nederlandse huisarts blijkt goed na te denken bij het voorschrijven van medicatie. Het betreft een met gemeenschapsgeld samengesteld geneesmiddelenbestand met voor de huisartsenpraktijk uiterst relevante informatie. De tevredenheid van de samenstellers van het *Kompas* is ontevreemd, totdat de door hen, op kosten van de gemeenschap, geaggregeerde en bewerkte gegevens op een voor iedere arts bruikbare, moderne wijze elektronisch beschikbaar zijn.

P.E.F.HOUWINK

Amsterdam, maart 1997

De redactie van het *Farmacotherapeutisch Kompas* is – mét collega Houwink – niet tevreden over het feit dat het *Kompas* nog steeds niet op CD-ROM of op andere elektronische wijze beschikbaar is. Hiervoor is echter een aantal redenen aan te geven. De afgelopen jaren is hard gewerkt om de teksten van het *Kompas* toegankelijk te maken en op te slaan in een voor publicatie op CD-ROM geschikte vorm. Daartoe moest het tekstverwerkingsbestand worden ondergebracht in een database. Deze voorbereidingen hebben (zoals zoveel automatiseringsprojecten) meer tijd gekost dan aanvankelijk is geschat. Daarna is, op basis van een gebruikersonderzoek, de voorkeur gegeven aan het doorvoeren van inhoudelijke en opmaaktechnische veranderingen. Vanuit een database was dit gemakkelijker te realiseren. De redactie kijkt daarom met tevredenheid terug naar de doorgevoerde wijzigingen in de editie-1997.

Momenteel wordt hard gewerkt om nu eindelijk binnen afzienbare tijd, uiterlijk in 1998, daadwerkelijk een *Kompas* op CD-ROM te verwezenlijken (waarbij de redactie deze vorm overigens als een tussenstap ziet, aangezien integratie in onder meer de HIS-bestanden de ideale situatie vormt). Een en ander moet echter gedegen aangepakt worden, aangezien de Ziekenfondsraad het zich niet kan permitteren om 'gemeenschapsgelden' ondoordacht 'over de balk te gooien'.

De redactie hoopt daarom dat de gebruikers van het *Kompas* nog enig geduld kunnen betrachten.

A.VAN GAMEREN,
coördinator
Farmacotherapeutisch Kompas
Ziekenfondsraad

Amstelveen, maart 1997

Iatrogene collaps; is die te voorkomen?

Het artikel van Panhuyzen-Goedkoop en Crijsns hebben wij met interesse gelezen (1997;273-7). Het is van belang voor een ieder die de in tabel 1 genoemde medicatie voorschrijft. De auteurs spreken over het 'verborgen lange-QT-syndroom' en doen daarbij voorkomen alsof het hier algemeen gebruikte terminologie betreft ('Men spreekt...'). Deze terminologie is echter op voorhand misleidend en zeker niet algemeen gebruikelijk. Als medicatie onverwacht leidt tot QT-verlenging, spreekt men van het 'verworven lange-QT-syndroom' ('acquired LQTS'). Onzes inziens geldt voor alle 4 patiënten deze diagnose, hoewel strikt genomen de typische bijbehorende levensbedreigende ritmestoornis ('torsade de pointes', getoond in figuur 2) inderdaad maar bij één patiënt gedocumenteerd is.

QT-verlenging in dit kader treedt op, doordat één van de kaliumstromen, die een belangrijke rol in het repolarisatieproces speelt, geremd wordt door genoemde antiarrhythmica, maar ook door bijvoorbeeld erytromycine. Tevens is bekend dat één